



ANTRAG

auf Gewährung eines Zuschusses zur Förderung der allgemeinmedizinischen / fachärztlichen Weiterbildung



1. Seite - auszufüllen von der Vertragsärztin / dem Vertragsarzt

Eingang KV Berlin:

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Arztregister und Bedarfsplanung
Bereich Weiterbildungsassistenten
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Praxisstempel:

Antragsteller/in:

Titel, Name

Vorname

Ärztin/Arzt in

Weiterbildung:

Titel, Name, Vorname

Geb. Datum

Hiermit beantrage ich die Gewährung eines Zuschusses zur Beschäftigung der/ des oben genannten
Ärztin/ Arztes in Weiterbildung für die Zeit

vom _____ bis _____ in Vollzeit (100%) Teilzeit (75%) Teilzeit (50%)

im Fachgebiet _____ zur Weiterbildung zum Facharzt für

Allgemeinmedizin bzw. Augenheilkunde, Dermatologie, Frauenheilkunde,
 HNO, Kinder- und Jugendmedizin oder Neurologie u. Psychiatrie.

Der Antrag auf Genehmigung der Beschäftigung
der Ärztin / des Arztes in Weiterbildung

liegt der KV Berlin bereits vor.
 liegt dem Antrag bei.

Eine Kopie des Arbeitsvertrags, mit
dem Ziel „Weiterbildung zum Facharzt“

liegt der KV Berlin bereits vor.
 liegt dem Antrag bei.

Es wird ein monatliches Bruttogehalt **-mindestens in Höhe des Förderbetrags -**
in Höhe von _____ € vereinbart.

(€ 4.800,- bei 100%, € 3.600,- bei 75%, € 2.400,- bei 50% der regulären Arbeitszeit)

Eine Gewährung von Zuschüssen für die Vergangenheit ist ausgeschlossen. Zuschüsse können nur für vollständig abgeleistete
Kalendermonate genehmigt werden.

Können wegen der Begrenztheit der förderfähigen Stellen in der fachärztlichen Weiterbildung (**nicht Allgemeinmedizin**) nicht
alle Anträge positiv beschieden werden, sind für die Auswahl der Zeitpunkt des Antragseingangs, sowie die Vollständigkeit der
Unterlagen maßgebend.

Voraussetzung für die Förderung ist das Vorliegen der deutschen Approbation der Ärztin / des Arztes in Weiterbildung.

Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich, jede Änderung, insbesondere ein vorzeitiges Enden des Beschäftigungsverhältnisses,
der KV Berlin umgehend bekanntzugeben. Gleichzeitig wird erklärt, dass die bewilligten Fördermittel in voller Höhe an die Ärztin
/ den Arzt in Weiterbildung als Zuschuss zum Bruttogehalt weitergegeben werden. Weiterhin erkläre ich, dass ich die
Förderbeträge an die KV Berlin zurückzahle, sofern ich die/ den geförderte/n Ärztin/ Arzt in Weiterbildung nicht im Rahmen einer
allgemeinmedizinischen bzw. fachärztlichen Weiterbildung gemäß §3 der Fördervereinbarung beschäftige. Bezüglich der
Verwendung von Daten zur Analyse und Evaluation von Auswirkungen der Fördervereinbarung wurde das beiliegende
Informationsblatt (für Weiterbilder) zur Kenntnis genommen und unterschrieben beigefügt.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des/der Antragstellers/ Antragstellerin



ANTRAG

auf Gewährung eines Zuschusses zur Förderung der allgemeinmedizinischen / fachärztlichen Weiterbildung

2. Seite - auszufüllen von der Ärztin/ dem Arzt in Weiterbildung

Ärztin/Arzt in Weiterbildung:

Name, Vorname

Geb.-Datum

Wohnanschrift

Zum vorliegenden Antrag von _____ (Name Antragsteller) wird eine Aufstellung der bisherigen abgeleisteten Weiterbildungsabschnitte und die dazugehörigen Zeugniskopien (soweit noch nicht eingereicht) beigelegt – siehe 3. Seite –.

Der Beginn der Gesamtweiterbildung (erster WB-Abschnitt, der von der Ärztekammer Berlin für den Abschluss anrechenbar ist) fand im Gebiet _____

am _____ statt.

Der voraussichtliche Zeitraum des Weiterbildungsabschnittes in der zukünftigen Praxis geht vom _____ bis _____

Ich gebe folgende Erklärungen ab:

1. Ich verpflichte mich, die geförderten Weiterbildungsabschnitte für die Weiterbildung zum Facharzt für _____ (Weiterbildungsziel) zu nutzen.
2. Ich verpflichte mich, vor Beginn des geförderten Weiterbildungsabschnitts bis fünf Jahre nach Abschluss der Weiterbildung jede Änderung meiner Adresse dem Arztregister der KV Berlin mitzuteilen.
3. Ich verpflichte mich, bei Abschluss der Prüfung zum Facharzt die zuletzt zuständige KV zu informieren.
4. Ferner erkläre ich, die vorgeschriebene Weiterbildung zum Facharzt für _____ zu absolvieren und an der entsprechenden Facharztprüfung teilzunehmen.
5. Ich beabsichtige, nach Beendigung meiner Weiterbildungszeit in der geförderten Facharztgruppe im vertragsärztlichen Bereich tätig zu werden.

Bezüglich der Verwendung von Daten zur Analyse und Evaluation von Auswirkungen der Fördervereinbarung wurde das beiliegende Informationsblatt „**Einwilligung Datenerhebung und -verarbeitung — Ärztin/ Arzt in Weiterbildung**“ zur Kenntnis genommen und unterschrieben beigelegt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift **Ärztin/Arzt in Weiterbildung**



ANTRAG

auf Gewährung eines Zuschusses zur Förderung der allgemeinmedizinischen / fachärztlichen Weiterbildung

4. Seite - auszufüllen von der Ärztin/ dem Arzt in Weiterbildung

Nachweis über die zukünftige Weiterbildungsplanung der Ärztin / des Arztes in Weiterbildung

Ich erkläre, dass mir die Zusage für eine Beschäftigung als Arzt / Ärztin in Weiterbildung für das kommende Weiterbildungsjahr vorliegen oder ich diese spätestens drei Monate vor Abschluss des zuletzt absolvierten Weiterbildungsabschnittes vorlege.

Beginn	Ende	Fachgebiet	Weiterbildungsstätte	Ort

Bemerkung zu zukünftigen Weiterbildungszeiten:

Hinweise zur Förderung:

Die maximal zulässige Förderdauer der **allgemeinmedizinischen** Weiterbildung und der Weiterbildung in den weiteren geförderten Facharztgebieten richtet sich nach den Vorgaben zu den Mindestweiterbildungszeiten der geltenden Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin.

Für eine Förderung einer **fachärztlichen** Weiterbildung (außer Allgemeinmedizin) muss der Weiterbildungsabschnitt grundsätzlich **mindestens zwölf zusammenhängende Monate** in einer Weiterbildungspraxis betragen.

Können wegen der Begrenztheit der förderfähigen Stellen in der fachärztlichen Weiterbildung (nicht Allgemeinmedizin) nicht alle Anträge positiv beschieden werden, so sind für die Auswahl der Zeitpunkt des Antragseingangs, sowie die Vollständigkeit der erforderlichen Unterlagen maßgebend.

Voraussetzung für die Förderung ist das Vorliegen der deutschen Approbation.

Hinweis über die Verpflichtung zur persönlichen Meldung beim Arbeitsamt bei befristeten Arbeitsverträgen:

Bei einem befristeten Arbeitsverhältnis, welches automatisch mit Fristablauf endet, muss sich der Arbeitnehmer rechtzeitig persönlich beim Arbeitsamt arbeitsuchend melden. Dies sollte in jedem Fall 3 Monate vor Beendigung des Arbeitsverhältnisses und zur Vermeidung von finanziellen Nachteilen auch bei bereits vereinbartem nahtlosen Übergang in eine neue Beschäftigung erfolgen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben und die Kenntnisnahme der oben gegebenen Hinweise.

Ort, Datum

Unterschrift **Ärztin/Arzt in Weiterbildung**

Einwilligung Datenerhebung und -verarbeitung — Ärztin/ Arzt in Weiterbildung

Vorbemerkung

Die Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V wird paritätisch durch die Kassenärztlichen Vereinigungen einerseits und die gesetzlichen Krankenkassen und Privaten Krankenversicherungen andererseits finanziert. Die Förderung zielt darauf, insbesondere den Anteil der Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen in der vertragsärztlichen Versorgung zu erhöhen sowie eine bedarfsgerechte Sicherung vertragsärztlicher Tätigkeit für weitere Facharztgruppen zu ermöglichen.

Zur Überprüfung der Wirksamkeit wird das Förderprogramm regelhaft evaluiert. Im Rahmen dieser Evaluation wird eine einheitliche Nummer (AiW-Nr.²) an jede/n Förderprogramm-Teilnehmer/in vergeben, um standardisierte Auswertungen durchführen zu können. Zu diesem Zweck werden personenbezogene Daten erhoben, die durch die unten genannten beteiligten Institutionen nach § 67b SGB X ausgetauscht und verarbeitet werden.

Die personenbezogenen Daten werden bei der KBV gespeichert und im Turnus von 3, 5 und 10 Jahren mit dem Bundesarztregister abgeglichen, um den Anteil derjenigen ehemals geförderten Ärzte und Ärztinnen zu ermitteln, die im vertragsärztlichen Bereich tätig geworden sind (§ 1 Abs. 3 Nr. 7 der Anlage III der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V). Es werden ausschließlich auf KV-Bezirksebene aggregierte Auswertungen erstellt. Die jeweiligen Daten werden nach Abschluss der Kohortenevaluation gemäß § 1 der Anlage III zur Vereinbarung gelöscht.

Für die Datenverarbeitung und -nutzung der personenbezogenen Daten durch die beteiligten Institutionen ist nach § 67b SGB X Ihre Einwilligung erforderlich, die Sie gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung widerrufen können.

Einwilligung in Datenerhebung und -verarbeitung

Der/die Unterzeichner/in erklärt sich einverstanden, dass zum Zwecke des Finanzierungsnachweises und der Evaluation der Fördermaßnahmen personenbezogene Daten erhoben und unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen nach § 67b SGB X zwischen den beteiligten Institutionen ausgetauscht und verarbeitet werden dürfen. Im Rahmen des Mittelnachweises werden folgende Daten von der Kassenärztlichen Vereinigung erhoben und an die KBV übermittelt, die diese Daten zusammenführt und dem GKV-Spitzenverband sowie dem PKV-Verband im Rahmen der Jahresabrechnung als Verwendungsnachweis weiterleitet:

Vorname, Name, Titel, Geschlecht, Geburtsdatum, Facharztbezeichnung, Praxisort, PLZ des Praxisorts, Name des Planungsbereichs der Bedarfsplanung, Förderungsbeginn und -ende, Förderungsart (Förderung bei Unterversorgung oder drohender Unterversorgung), Förderungsdauer in Monaten, jahresübergreifende Förderung ja/nein, vollzeitige oder halbtätige Weiterbildung, Förderbetrag gesamt und Förderbetrag KV-Anteil, Teilnahme an einer Verbundweiterbildung (ja/nein)

Diese Daten können bei den genannten Institutionen für die Dauer der Weiterbildung, im Falle von Teilzeit—Weiterbildung bis zu 10 Jahre, gespeichert werden.

Für die Evaluationsmaßnahmen der Vereinbarung und ihrer Anlagen werden nachfolgende Daten von den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Landesärztekammern sowie von der Zentralen Registrierstelle bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft zusammengeführt und von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder einer, von den Vereinbarungspartnern beauftragten Stelle verarbeitet:

- a. Familienname, Vorname
- b. Geburtsdatum und Geburtsname
- c. Arztnummer (AiW-Nr.)³
- d. Angaben zum Verlauf der Weiterbildung: KV-Bereich, Förderzeitraum, Fachgebiete, Weiterbildungsziel, Tätigkeitsumfang, ausgezahlte Fördergelder, bestehende Facharztanerkennungen
- e. Erwerb der Facharztanerkennung,
- f. Spätere Berufstätigkeit im vertragsärztlichen Bereich

Die Auswertungen werden von der Lenkungsgruppe gemäß § 10 der Vereinbarung analysiert. Ihr gehören an: die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie der GKV-Spitzenverband. Des Weiteren sind der PKV-Verband sowie die Bundesärztekammer an der Lenkungsgruppe beteiligt.

Ich bin damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung diese Daten an die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt und diese nach § 67b SGB X durch die genannten Institutionen verarbeitet werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift **Ärztin/Arzt in Weiterbildung**

^{2 3} Die AiW-Nr. wird von der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung vergeben. Sie hat innerhalb der Förderung der Weiterbildung eine administrative Bedeutung und wird im Rahmen des Nachweisverfahrens und der Evaluation genutzt. Sie kann von den Ärzten und Ärztinnen in Weiterbildung bei der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erfragt werden.

Einwilligung Datenerhebung und –verarbeitung — Weiterbilder/Weiterbilderin (vertragsärztlicher Bereich)

Vorbemerkung

Die Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V wird paritätisch durch die Kassenärztlichen Vereinigungen einerseits und die gesetzlichen Krankenkassen und den Privaten Krankenversicherungen andererseits finanziert. Die Förderung zielt darauf, insbesondere den Anteil der Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen in der vertragsärztlichen Versorgung zu erhöhen sowie eine bedarfsgerechte Sicherung vertragsärztlicher Tätigkeit für weitere Facharztgruppen zu ermöglichen.

Zur Überprüfung der Wirksamkeit wird das Förderprogramm regelhaft evaluiert. Zum Zwecke des Abrechnungsnachweises und der Evaluation des Förderprogramms werden personenbezogene Daten nach § 67b SGB X erhoben und verarbeitet sowie zwischen den unten genannten beteiligten Institutionen ausgetauscht.

Für die Datenverarbeitung und —nutzung der personenbezogenen Daten durch die beteiligten Institutionen ist nach § 67b SGB X Ihre Einwilligung erforderlich, die Sie gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung widerrufen können.

Einwilligung in Datenerhebung und -verarbeitung

Der/die Unterzeichner/in erklärt sich einverstanden, dass die zum Zwecke des Finanzierungsnachweises und der Evaluation der Fördermaßnahmen personenbezogene Daten erhoben und unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen nach § 67b SGB X zwischen den genannten beteiligten Institutionen ausgetauscht und verarbeitet werden dürfen.

Im Rahmen des Mittelnachweises werden folgende Daten von der Kassenärztlichen Vereinigung erhoben und an die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt, die diese Daten zusammenführt und dem GKV-Spitzenverband sowie dem PKV-Verband im Rahmen der Jahresabrechnung als Verwendungsnachweis weiterleitet:

Erhoben und übermittelt werden insbesondere folgende Daten:

- a. Familienname, Vorname, Titel, Facharztbezeichnung des Weiterbilders/der Weiterbilderin
- b. Praxisort, PLZ des Praxisorts, Name des Planungsbereichs
- c. Förderungsbeginn und —ende, Förderungsdauer in Monaten sowie Angabe jahresübergreifende Förderung (j/n), vollzeitige oder teilzeitige Weiterbildung
- d. Förderungsart (Unterversorgung/drohende Unterversorgung); Förderbetrag gesamt und Förderbetrag KV-Anteil
- e. Teilnahme an einem Weiterbildungsverbund (j/n)

Diese Daten können bei den genannten Institutionen über die Dauer der Weiterbildungsförderung hinaus gespeichert werden, bis alle Verwendungsnachweise seitens der weiterbildenden Praxis erbracht sind.

Ich bin damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung diese Daten an die Kassenärztliche Bundesvereinigung übermittelt und diese nach § 67b SGB X durch die beteiligten Institutionen verarbeitet werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift **Vertragsarzt/ Vertragsärztin**

Bei Antragstellung für eine(n) beim Antragssteller tätige(n) Weiterbilder/ Weiterbilderin zusätzlich

Ort, Datum

Unterschrift **Weiterbilder/ Weiterbilderin**